92

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1916 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Z. HOURMOUZIADÈS

Né à Andrinople le 15 Mars 1864

LES

Affections des voies lacrymales

chez les nouveau-nés

Président : M. KIRMISSON *professeur*

PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, VIe

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien à l'hôpital des Enfants Malades
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAITRE
EN OPHTALMOLOGIE LE DOCTEUR A. TROUSSEAU

Ὅταν δὲ ἔλθῃ τὸ πεπρωμένον τέλος
οὐ μετὰ λήθης ὑπὸ γῆν κεῖνται ἀλλὰ
τὸν ἀεί χρόνον ὑμνούμενοι θαλλουσιν.

LUCIEN DE SAMOSATE (*le Rêve.*)

AVANT PROPOS

Au cours de nos études médicales nous avons eu l'honneur de suivre, guidé par des maîtres d'une compétence et d'une érudition universelles, différents services hospitaliers de médecine et de chirurgie où nous avons puisé de solides notions qui ont servi de base à notre éducation médicale. A tous ces artisans de la science française, à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris, nous nous permettons d'exprimer toute notre gratitude et notre profonde reconnaissance pour les vérités scientifiques qu'ils nous ont inculquées.

Particulièrement nous rendons un tribut de reconnaissance à M. le professeur Charles Richet et à M. le professeur agrégé Retterer pour les conseils éclairés et bienveillants qu'ils nous ont prodigués.

Pendant cette période, nous nous sommes vu attirer vers l'ophtalmologie, vers les maladies de l'organe de la vision. Nous avons eu en cela le bonheur d'être attaché, par notre premier maître en ophtalmologie, le regretté docteur A. Trousseau, à la Clinique Nationale des Quinze-Vingts et à la Fondation Adolphe de Rothschild. Cet éminent ophtalmologue et homme de bien, dont la mort prématurée a laissé d'inoubliables regrets aux siens, à l'ophtalmologie française, à ses élèves et à ses amis, nous a initié le premier à

l'art des affections oculaires. Aux conseils excellents qu'il nous donnait, il joignait toujours le charme d'une douce sympathie. Nous garderons de lui un souvenir ému et de vifs sentiments d'éternelle reconnaissance.

Nous devons aussi exprimer nos sincères et vifs remerciements à notre, ami M. le docteur E. Millée, médecin des Fondations Adolphe de Rothschild et Isaac-Péreire, pour la sympathie toute particulière qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner et à laquelle nous sommes resté très sensible. Il a été pour nous un second maître.

A nos maîtres de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts, MM. les Drs Chevallereau, Valude et Kalt nous adressons nos sincères remerciements et notre reconnaissance pour les bons conseils et les sympathies qu'ils nous ont prodigués à tout instant.

Attaché encore à cet Établissement d'État, au service de M. le Dr Valude, nous le remercions doublement ici pour ses marques de sympathies et l'intérêt qu'il nous porte.

M. le Dr Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des Hôpitaux et médecin en chef de la Fondation Adolphe de Rothschild, nous a toujours entouré, dans son service de la Fondation, où nous sommes attaché, d'une atmosphère de sympathie et de bienveillance ; il nous a porté un grand intérêt en toute circonstance. Nous lui adressons ici l'expression de nos sentiments bien reconnaissants.

M. le Dr Rochon-Duvigneaud, ancien chef de

Clinique de la Faculté de Paris, ophtalmologiste de l'hôpital Laënnec et médecin de la Fondation Adolphe de Rothschild, s'est beaucoup intéressé à nous. Nous avons profité de ses bons conseils, et nous avons toujours trouvé auprès de lui, un accueil empressé. Tout dernièrement, c'est lui encore qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui nous a communiqué son judicieux point de vue dans la question. Qu'il veuille accepter ici, avec nos vifs remerciements, l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous devons exprimer aussi toute notre gratitude à l'administration de l'Hospice et de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts, où nous sommes attaché depuis longtemps et où nous avons fait nos premiers pas en ophtalmologie.

La bienveillance, du Conseil d'administration de la Fondation Adolphe de Rothschild, nous a été des plus précieuse. A la famille du Fondateur et aux membres du Conseil nous nous permettons d'adresser respectueusement nos plus vifs sentiments de gratitude.

Nous nous permettons aussi d'adresser l'expression de nos sentiments reconnaissants au Conseil d'administration des Fondations Isaac Péreire où nous avons été maintes fois appelé par le sympathique chef de service ophtalmologique, et où, toutes les fois, nous avons trouvé un accueil bienveillant.

A propos de ce modeste travail, nous ne pouvons laisser passer l'occasion d'offrir un faible tribut de

respectueux hommage à d'autres maîtres de la science française, hors l'enceinte du Temple d'Esculape : la Faculté de Médecine de Paris. Nous nommons les savants de ce sanctuaire des Lettres et des Sciences « la Sorbonne ». Le philosophe Isocrate, dans son discours à l'adresse de Demonicus, lui recommande de tenir toujours en grand honneur ses parents et ses maîtres, plus encore ces derniers, dit-il, parce que les premiers sont les auteurs de ses jours, tandis que les seconds sont les auteurs de son savoir et de ses moyens d'existence.

A la Sorbonne, nous avons eu l'honneur de suivre les savantes leçons des maîtres de Chimie, de Botanique, d'Histologie, de Zoologie, d'Anatomie comparée. Nous adressons un hommage ému à la mémoire du regretté maître, le professeur Joannès Chatin et notre vive reconnaissance à M. le professeur Gaston Bonnier de l'Académie des Sciences, ainsi qu'à tous nos savants maîtres qui ont dirigé nos pas durant la période de nos études auprès d'eux.

Tout particulièrement M. le professeur Gaston Bonnier de l'Institut nous a toujours entouré de ses affectueux conseils et sa sollicitude quasi-paternelle ne nous a jamais manqué. Aussi nous le prions instamment de vouloir bien agréer notre vive gratitude.

Je ne puis terminer sans adresser encore mes vifs remerciements et l'expression de ma respectueuse reconnaissance à mon maître, M. le professeur Kirmisson qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

LES

Affections des voies lacrymales

CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

INTRODUCTION

Initié depuis longtemps à la pratique de l'ophtalmiatrie, nous avons pensé, arrivé au terme de nos études ; ne pas nous éloigner de ce domaine ; d'où le sujet de notre thèse *les Affections lacrymales du nouveau-né*, qui nous a été inspiré par notre maître, M. le Dr Rochon-Duvigneaud.

Aidé de ses conseils éclairés nous avons étudié la question, dans la mesure de nos moyens, sous sa forme clinique ; nous avons reproduit tout ce qui, depuis de longues années, a été dit et fait sur le sujet, par les auteurs classiques et les hommes de science. A ces faits nous avons ajouté le produit de nos recherches et investigations sur la matière. Un milieu nosocomial très fréquenté « La Fondation ophtamologique Adolphe de Rothschild », nous a permis de colliger sur un nombre considérable de toutes les maladies oculaires environ 350 cas se rapportant à notre sujet, Nous les avons classés suivant leurs diverses caté-

gories. Nous avons exposé la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement et nous avons terminé par des conclusions que cette étude nous a suggérées.

CHAPITRE PREMIER

Les affections des voies lacrymales des nouveau-nés dans les auteurs classiques et les publications actuelles.

W. Mackenzie, dans son *Traité pratique des maladies de l'œil*, paru en 1856, parle (p. 384) de la blennorrhée du sac lacrymal chez les enfants, l'auteur s'exprime en ces termes : « Cette affection qui est de beaucoup la plus commune de toutes celles auxquelles les organes excréteurs des larmes sont soumis se rencontre plus souvent chez les femmes que chez les hommes. On la rencontre parfois chez les enfants ; elle dépend alors, comme parfois aussi chez l'adulte, d'une étroitesse congénitale du canal nasal ».

Et plus loin, à propos du pronostic (p. 388), on lit : « chez les enfants, la maladie disparaît quelquefois rapidement et inopinément à l'époque de la puberté ; parce qu'alors le développement des canaux osseux s'effectue complètement ; témoin le cas de Marguerite Périer, nièce du célèbre Pascal, dont la guérison fut si soudaine qu'on la prit pour un miracle et qu'on l'attribua à l'adoration d'une relique ».

L. Wecker, dans son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, (1863 t. I p. 800), cite à propos de l'étiologie des lésions lacrymales des nouveau-nés, l'avis de Critchett et admet, comme un des facteurs étiologiques des lésions lacrymales en général, l'étroitesse physiologique de ces voies et la conformation particulière des os de la face.

Nous reproduisons ici le passage relatif, que nous retrouvons aussi exposé page 1067 du tome quatrième du *Traité complet d'Ophtalmologie*, 1889, par L. de Wecker et Landolt et dans celui de L. Wecker et Masselon paru la même année.

Ces auteurs, dans le chapitre de l'étiologie de leur article sur la dancyocystite et le catarrhe du sac lacrymal parlant des mêmes lésions chez les nouveau-nés, s'expriment comme il suit :

« On sait que les inflammations catarrhales de la conjonctive et, au premier rang, celles qu'accompagnent les fièvres à exanthèmes, ont une tendance marquée à se propager vers les voies lacrymales. Critchett père prétend avoir observé cette extension des phénomènes inflammatoires dans un bon nombre de cas d'ophtalmie catarrhale ou purulente des nouveau-nés. Cette assertion nous a d'autant plus étonné qu'on reconnaît généralement que les affections des voies lacrymales sont peu communes avant la septième année. Il en est autrement chez les adultes ; ici, comme nous venons de le dire, un catarrhe du sac lacrymal peut suivre l'ophtalmie blennorrhagique sans que celle-ci s'étende directement au sac lacrymal.

L'étroitesse exagérée, mais physiologique, des voies lacrymales, coïncide ordinairement avec une conformation particulière des os de la face, c'est-à-dire avec un écartement exagéré et un aplatissement prononcé du dos du nez. D'autre part, nous trouvons, quant à nous (Arlt semble être du même avis), dans une disposition diamétralement opposée, caractérisée par une forte saillie des os propres du nez, jointe à la profondeur du creux sous-orbitaire, une seconde cause prédisposante de la maladie qui nous occupe. Cette disposition semble, en effet, impliquer un aplatissement latéral excessif du canal nasal. Nous avons été, de tout temps, frappé du nombre des Israélites qui sont affectés de maladies des voies lacrymales, et nous n'avons pas trouvé l'interprétation de ce fâcheux privilège que dans les considérations qui précédent ».

Ch. Abadie, dans son *Traité des maladies des yeux* paru en 1884, ne fait aucune mention des affections des voies lacrymales chez les nouveau-nés.

Il en est de même pour son *Traité de diagnostic et de traitement des affections oculaires* paru en 1886.

X. Galezowski et V. Daguenet, dans leur livre de *Diagnostic et traitement des affections oculaires* paru en 1866, parlant de l'étiologie de la dacryocystite chronique, reconnaissent comme cause prédisposante un rétrécissement préalable du canal nasal et comme causes occasionnelles les affections de la conjonctive et du nez. Ces auteurs admettent que l'un des facteurs de ce rétrécissement, est une conformation

spéciale de la face (nez trop court et aplati). Avec le rétrécissement du canal nasal, ils font intervenir cependant d'autres facteurs dans la genèse de cette affection. Les auteurs arrivent ainsi incidemment à faire allusion, en quelques mots, à la dacryocystite chez les nouveau-nés, et ils s'expriment ainsi: « Toutefois, à part le rétrécissement, d'autres facteurs interviennent, car malgré le peu de largesse des voies lacrymales, cette affection est rare chez les enfants, bien qu'on l'observe quelquefois à la naissance ou dès les premiers mois de la vie. »

F. Lagrange, de Bordeaux, dans son *Précis d'Ophtalmologie*, (1897) parle sommairement (p. 524) de l'étiologie et du pronostic de la dacryocystite des nouveau-nés. Nous reproduisons ici l'opinion de l'auteur.

« Chez les nouveau-nés, très souvent le canal nasal est fermé près de son embouchure et il en résulte un larmoiement qui ne tarde pas à entraîner de la conjonctivite, quelquefois purulente, avec l'évolution naturelle du sujet le canal se débouche, l'obstacle disparaît et avec lui les fâcheuses conséquences. »

Fuchs, dans son *Manuel d'Ophtalmologie* (1897), fait (p. 609) mention de la blennorrhée du sac lacrymal chez les nouveau-nés et s'exprime en ces termes:

« Parfois on observe la blennorrhée du sac lacrymal, chez les nouveau-nés. Comme on parvient généralement à la guérir, en quelques jours ou quelques semaines en pressant fréquemment sur le sac, il ne peut s'agir ici d'une sténose cicatricielle du canal

nasal, mais d'une occlusion de celui-ci par un simple bouchon épithélial qui se désagrège ensuite de lui-même. Il peut cependant ici également se développer une dacryocystite. »

M. le Dr Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste des Hôpitaux, dans un remarquable travail de laboratoire intitulé : *Dilatation des voies lacrymales chez le fœtus et le nouveau-né consécutive à l'imperforation de leur orifice inférieur. Conditions anatomiques qui favorisent la dacryocystite congénitale* et paru dans *les Archives d'Ophtalmologie* en 1899, nous donne de très précieux renseignements sur l'étiologie de la dacryocystite congénitale des nouveau-nés. Nous reproduisons ici quelques passages de cet intéressant travail.

« En soulevant ou en réséquant le cornet inférieur chez le fœtus et le nouveau-né, on voit la terminaison du canal nasal sous la forme d'une saillie lenticulaire, marquée à son centre d'une tache blanchâtre. C'est en ce dernier point que s'ouvrira le canal nasal par le mécanisme de l'abcès qui crève et que s'écoulera le contenu gélatineux des voies lacrymales du nouveau-né. Ces faits sont connus depuis longtemps.

Dans quelques cas, la petite saillie lenticulaire normale est remplacée par une vésicule relativement énorme que soulève le cornet et le refoule en dedans, ou bien se développant vers le bas, dépasse son bord inférieur pour atteindre presque le plancher des fosses nasales. Cela paraît dû à ce que la coiffe muqueuse qui ferme originairement les voies lacry-

males du côté du nez, possède dans ce cas une résistance anormale et se laisse distendre sans se rompre par l'accumulation des déchets épithéliaux. Dans ces circonstances, la distension ne porte pas uniquement sur le fond dépressible des lacrymales mais peut s'étendre au sac lacrymal et au canal nasal osseux lui-même. Qu'a cette distension de cause purement mécanique vienne, après la naissance, s'ajouter une infection (singulièrement facilitée par la stagnation du contenu des voies lacrymales) et la dacryocystite sera constituée.

Cette dilatation des voies lacrymales du nouveau-né ne paraît pas excessivement rare ; elle est à coup sûr infiniment plus commune que la dacryocystite congénitale proprement dite. Nous l'avons rencontrée deux fois sur 21 cas de nouveau-nés (à terme ou non). M. Stanculéanu, interne de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, nous en a fourni un troisième cas qu'il a découvert dans une série de dix nouveau-nés, soit trois cas sur une trentaine de sujets. Bilatérale dans un de nos cas, la dilatation existait seulement du côté gauche dans le second cas et dans celui de M. Stanculéanu.

Il résulte de nos recherches anatomiques sur plusieurs sujets de fœtus et de nouveau-nés que l'orifice inférieur des voies lacrymales est fermé dans les deux cas par des diaphragmes superposés. Jusqu'ici nous avons toujours trouvé le diaphragme supérieur perforé vers son centre (tout en ignorant encore s'il forme jamais une cloison continue). Quant à l'infé-

rieur que nous avons encore désigné sous le nom d'opercule ou de coiffe muqueuse (à cause de sa forme en bonnet), il n'est pas constamment perforé à la naissance. Il représente du reste la muqueuse primitivement continue des fosses nasales, tandis que le diaphragme supérieur n'est sans doute jamais autre chose qu'un repli plus ou moins étendu de la muqueuse du canal.

Nous le répétons, cette disposition de l'orifice inférieur des voies lacrymales, avec leur double fond diversement perforé, se retrouve dans presque tous les cas avec ses caractères essentiels.

On peut parler d'une véritable prédisposition à la dacryocystite congénitale quand la muqueuse des fosses nasales présente une résistance spéciale, comme dans l'une de nos observations et que les voies lacrymales restent distendues par leur contenu muqueux. L'infection, facile après la naissance, du contenu de ces voies lacrymales, aurait pu donner naissance à une véritable dacryocystite.

On comprend aussi qu'en effondrant à l'aide du stylet du Bowman les diaphragmes qui mettent obstacle à l'écoulement du contenu du canal par son orifice inférieur, on puisse très rapidement et même par un seul cathétérisme, guérir une dacryocystite congénitale. Ce qui ne veut pas dire que toutes les dacryocystites congénitales aient la même origine et doivent céder au même traitement.

Le professeur Panas, dans son *Traité des maladies*

des yeux (1904), tome II, page 344, parlant de la dacryocystite congénitale s'exprime ainsi :

« La dacryocystite congénitale, grâce à sa curabilité habituelle, n'a pu encore être examinée anatomiquement. Presque toujours simple, elle ne s'accompagne qu'exceptionnellement de fistule, comme dans les observations de Scarpa, J. Behr, A. Bérard, Caron de Villards, Rider et Schreiber.

Peu de temps après la naissance, on aperçoit du pus accumulé au niveau du grand angle, sans inflammation de la conjonctive, ni sécrétion nasale. En pressant sur le sac qui n'est pas saillant on fait sourdre par les points lacrymaux du muco-pus, et si l'on comprime de haut en bas on parvient souvent à vider le contenu dans le nez.

Abandonnée à elle-même, cette blennorhée disparaît après quelques jours ou bien persiste et réclame un traitement. Le moyen le plus simple consiste à évacuer le sac à plusieurs reprises et aussi longtemps qu'il le faut, ainsi que le conseillent Peters, Lange et Heddœus. Coppez relate une observation où la tumeur disparut complètement sitôt que la nourrice eût pratiqué la succion du nez de l'enfant ; ce moyen mécanique mérite également d'être essayé. Les installations de nitrate d'argent au centième nous ont bien réussi ; Trousseau se borne aux antiseptiques et s'adresse surtout aux affections nasales, qu'il envisage comme le point de départ de l'inflammation du sac. Tel est également l'avis de Coppez, lequel s'inscrit contre l'ouverture de la poche et le sondage ;

tandis que Chevallereau et Weiss disent s'être bien trouvés du cathétérisme. Ce dernier, sans sectionner le canalicule, introduit un stylet conique ne dépassant pas le n° 1 des sondes Bowman ; trois à quatre séances lui suffisent.

La plupart de ceux qui se sont occupés de cette forme incriminent l'imperméabilité temporaire du canal nasal, dont l'évolution se trouverait en retard. D'après Michel, le travail de résorption procède de haut en bas, de sorte que le défaut de canalisation existe dans l'embouchure du méat inférieur. Vlacovich, sur dix-neuf cadavres de nouveau-nés, a trouvé quatre fois le canal clos en ce point ; il est à présumer que, peu de temps après la naissance, l'obstacle disparaît de lui-même, d'où la fréquence de guérisons spontanées.

Partant de là, Heddœus propose comme traitement rationnel le cathétérisme rétrograde, au moyen de la sonde coudée de Gensoul. Il ajoute avec Weiss, que si la blennhorée infantile passe pour peu commune, c'est que les cas légers guérissent d'eux-mêmes. On a incriminé comme cause la syphilis congénitale. Tel est l'avis de Terson, Wicherkiewicz et en partie de Weiss. Ce dernier cite l'observation d'un enfant ayant guéri après quatre sondages et chez lequel, à l'âge de six ans, survint de la kératite parenchymateuse. Le fait de Wicherkiewicz est relatif à une fillette de quatre ans qui, au bout d'un traitement local sans résultat, eut de la kératite parenchymateuse. Une cure spécifique amènera la guérison de la

kératite et le catarrhe lacrymal. Pour établir définitivement le point de pathogénie, un plus grand nombre de faits serait nécessaire ».

Nimier et Despagnet, dans leur *Traité d'Ophtalmologie*, 1894, chapitre CXXXVIII : Inflammation du sac lacrymal et canal nasal, page 861, dans un exposé général du sujet, font mention de la dacryocystite des nouveux-nés. Ces auteurs s'expriment ainsi :

« L'inflammation chronique des voies lacrymales, limitées plus ou moins en apparence au sac lacrymal, a reçu le nom de dacryocystite chroniqne ; c'est une affection fréquente, tandis que l'inflammation aiguë, la dacryocystite aiguë, plus rare, n'en constitue d'ordinairé qu'une complication, comme la fistule lacrymale et la carie ou la nécrose des parois du canal osseux.

« Ces désordres s'observent plus souvent chez la femme que chez l'homme, parfois chez le nouveau-né, mais plus souvent à l'âge adulte. Ils se développent par propagation d'une inflammation partie de la conjonctive ou de la pituitaire, et cela surtout, lorsque, les voies d'excrétion des larmes rétrécies ou oblitérées, il y a rétention du liquide et formation d'un milieu favorable à la pullulation des microbes infectants ».

Après avoir exposé les causes de la dacryocystite chronique, les auteurs arrivent à parler, p. 862, de la dacryocystite phlegmoneuse et font de nouveau mention de cette affection chez le nouveau-né en ces termes : « Chez le nouveau-né on observe parfois

de véritables dacryocystites congénitales qui, en règle générale, en imposent pour une conjonctivite purulente ».

Parlant ensuite du traitement, p. 865, ils indiquent et exposent en quelques mots le procédé thérapeutique dans le passage qui suit : « S'il survient une dacryocystite phlegmoneuse, tout d'abord l'on essaiera par les injections antiseptiques de chasser le contenu du sac et de rétablir la perméabilité des conduits des larmes. Cela suffira généralement pour la dacryocystite des nouveau-nés ».

H. Truc, E. Valude et H. Frenkel, dans leurs *Nouveaux éléments d'Ophtalmologie*, paru en 1908, font mention, p. 440, de la dacryocystite congénitale. Nous reproduisons ici l'exposé de ces auteurs.

« Chez les enfants, on observe souvent, dans les premiers mois de la vie, une sécrétion chronique, qu'on prend facilement pour une conjonctivite et dont l'évolution peut être bénigne. Chose curieuse, certains cas guérissent à la suite de l'emploi de sulfate de zinc, d'autres guérissent même spontanément, sans doute par cessation du gonflement du canal. Dans d'autres cas, quelques rares cathétérismes du canal nasal suffisent pour amener la guérison. Mais il y a aussi des formes plus rebelles, et alors on songera aux malformations et aux affections osseuses (syphilis héréditaire, etc.). On a parlé de conjonctivites du nouveau-né d'origine lacrymale (Péchin), de dacryocystique congénitale atténuée (Péchin, Frenkel et Bardoux) ; ce qui importe, c'est

de ne pas confondre cette affection avec la conjonctivite des nouveau-nés ».

M. F. Terrien, dans son *Précis d'Ophtalmologie* (1908), chapitre des « Affections de l'appareil excréteur, article larmoiement », parlant de l'étiologie de cette affection, fait une simple mention du nouveau-né. L'auteur s'exprime en ces termes :

« Ces affections sont dues presque toujours à une imperméabilité du canal lacrymo-nasal. Elles se caractérisent par du larmoiement ou épiphora. Il s'agit le plus souvent d'un défaut d'excrétion résultant d'un obstacle en un point quelconque du canal lacrymo-nasal, soit à l'origine (déviation ou oblitération des points lacrymaux), dans le canal lui-même (rétrécissement mécanique ou d'origine infectieuse), ou à la partie inférieure (imperforation chez le nouveau-né, crête des cornets, rhinite, etc.) ».

Aucune autre mention, concernant le nouveau-né, n'est pas faite par l'auteur, au cours de son exposé pathologique et thérapeutique des affections lacrymales.

Il en est de même pour *le Manuel des maladies de l'œil* (1908), par Ch. May et P. Bouin. Ces auteurs ne font aucune mention de la dacryocystite des nouveau-nés.

Dans *l'Encyclopédie française d'Ophtalmologie* publiée sous la direction de MM. F. Lagrange et E. Valude, t. VIII (1909), p. 298, nous trouvons une description détaillée de dacryocystite congénitale que nous reproduisons textuellement :

Dacryocystite congénitale.

Cette affection en impose généralement pour une conjonctivite. Peu de jours après la naissance la fente palpébrale laisse échapper une sécrétion muco-purulente ou même franchement purulente, quelquefois très abondante, qui se dessèche et agglutine les cils pendant le sommeil. D'autres fois, l'affection simule un catarrhe léger auquel l'entourage ne prête qu'une attention distraite. Lorsque l'écoulement est abondant, la confusion avec une ophtalmie purulente est rarement évitée et il n'est pas rare de voir des enfants qui ont été traités pendant plusieurs semaines par les cautérisations au nitrate d'argent, sans résultat d'ailleurs.

L'erreur est cependant bien facile à éviter. Il suffit de se rappeler que toute ophtalmie sérieuse implique un gonflement inflammatoire de la muqueuse avec tuméfaction papillaire. Or ces symptômes font ici totalement défaut, ou ils se réduisent à une réaction très modérée de la conjonctive. Cette constatation faite, il suffit de chercher ailleurs la source du liquide secrété ; en appuyant sur le sac on sera souvent étonné de voir sortir une masse considérable de muco-pus par les points lacrymaux.

Au préalable, on aura eu soin de nettoyer les paupières et particulièrement la région de l'angle interne ; on sera assuré ainsi de reconnaître la pré-

sence d'une faible quantité de liquide blanchâtre dans les cas où la distension du sac est peu prononcée.

L'affection peut être bilatérale ; plus souvent elle n'atteint qu'un seul œil et cette particularité devra toujours attirer l'attention. Tout catarrhe unilatéral persistant chez un nouveau-né demande un examen soigné et répété du sac lacrymal.

L'examen histologique du pus a permis de constater la présence du pneumocoque dans quelques cas, très rarement du gonocoque. Ce dernier se rencontrerait néanmoins dans les cas où la dacryocystite accompagnerait une véritable ophtalmie gonococcique ; le pronostic de cette dernière affection se trouverait, de ce fait, notablement aggravé.

La cause de la dacryocystite des nouveaux-nés a été attribuée, sans raison bien plausible, à la syphilis congénitale qui amènerait des sténoses du conduit. Cette opinion est contredite par ce fait d'observation que le conduit lacrymo-nasal est souvent très dilaté comme on peut facilement s'en rendre compte par le cathétérisme.

Michel et Bochdalek ont donné une explication fondée sur des constations anatomiques. Ils ont trouvé une occlusion partielle ou totale de l'extrémité inférieure du canal nasal à son abouchement au-dessous du cornet inférieur. Cirincione, Vlacowitsch ont fait des observations analogues. Ce dernier auteur a trouvé sur dix-neuf cadavres de nouveau-nés, quatre fois le canal clos en ce point.

Lorsque, après résection du cornet inférieur, on examine la terminaison du canal nasal chez le fœtus ou le nouveau-né, celui-ci apparaît sous la forme d'une saillie lenticulaire marquée à son centre d'une tache blanchâtre. C'est en ce point que la muqueuse se perforera pour donner issue au contenu gélatineux des voies lacrymales et l'ouverture persistera définitivement sous forme d'une fente allongée.

Pour Stanculéanu, le point qui cède le plus souvent se trouve à la partie externe du diaphragme qui ferme en bas le canal nasal du fœtus ; le reste du diaphragme s'incline en dedans, telle l'ouverture d'un clapet. Une fois l'ouverture effectuée, il reste à la partie inférieur du canal une forte valvule à direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors (valvule de Cruveilhier).

Si la perforation tarde à se faire, la muqueuse distendue formera une grosse vésicule obstruant le méat inférieur et gênant la respiration. L'accumulation des matières peut amener la distension du canal nasal sur toute sa hauteur, soit environ 12 millimètres à l'état normal. De 1 mm. 5, largeur normale du conduit, celle-ci peut être porté à 3 millimètres, tandis que la hauteur atteint 15 millimètres. Dans le sac, c'est la paroi postérieure qui paraît céder la première.

Il est à noter, en outre, que le canal nasal présente dans son intérieur une série de diaphragmes perforés en leur centre qui cloisonnent incomplète-

ment la cavité et qu'il y aura intérêt à détruire par le cathétérisme.

Sur trente fœtus, Rochon-Duvigneaud et Stanculéanu ont observé trois fois une dilatation excessive des voies lacrymales, bilatérales chez l'un d'eux, unilatérale et à gauche chez les deux autres. Il est donc logique de chercher dans cette disposition anatomique la cause de la dacryocystite congénitale.

Les germes infectieux ne manqueront pas, sitôt la naissance, d'envahir le contenu du conduit et la complication purulente s'explique ainsi sans difficulté. L'examen bactériologique y montre surtout des staphylocoques.

L'affection débute habituellement peu de jours après la naissance et s'accompagne d'un peu de catarrhe de la conjonctive. On a vu son apparition retardée jusqu'au septième jour.

Non traitée, l'affection s'éternise et se complique souvent de dilatation permanente du sac avec ou sans péricystite.

Exceptionnellement la suppuration peut envahir la paroi du sac et se faire jour à la peau pendant la vie intra-utérine. Il y a lieu de penser que les débris épithéliaux contenus dans le sac ont été infectés par des microorganismes qui avaient envahi le liquide amniotique à travers les membranes. Wintersteiner en cite un cas chez un enfant mis au monde après opération césarienne. On a aussi observé des cas où à la naissance il existait une fistule sans phénomènes inflammatoires. Peut-être la syphilis pourrait-elle

être mise en cause ici sous la forme d'une ostéo-péritonite.

Traitement. — L'indication primordiale consiste à vider au plus tôt le canal lacrymo-nasal de son contenu. Pour cela l'expression digitale pratiquée au moins une fois par jour par le médecin et renouvelée une ou deux fois dans la journée par une personne intelligente de l'entourage, suffit dans un grand nombre de cas. Le résultat est alors surprenant : en moins du vingt-quatre heures on voit l'œil se nettoyer et la sécrétion se tarir. On continuera néanmoins pendant plusieurs jours les manœuvres d'expression afin de prévenir toute récidive.

Lorsque l'expression ne donne pas un résultat rapide, il faut intervenir chirurgicalement par le sondage. Je ne cite que pour mémoire la succion du nez pratiquée avec un plein résultat par une nourrice.

L'introduction de la sonde nécessite le débridement d'un canalicule lacrymal. Pour des raisons de commodité, on choisira le canalicule inférieur. L'enfant étant étendu sur une table, à un bon éclairage, et la tête solidement maintenue, on dilatera le point lacrymal inférieur et la première portion du conduit avec la sonde conique. C'est le temps de beaucoup le plus difficile de l'opération. Au dilatateur succédera de suite une sonde olivaire n° 1, que l'on conduira dans le canal nasal. On est toujours surpris du peu de longueur du conduit chez le nouveau-né et aussi de sa largeur qui est telle que la sonde même correc-

tement introduite, n'est pas immobilisée comme chez l'adulte. Après peu d'instants, la sonde est retirée et l'on procède, à ce moment seulement, au débridement du canalicule sur une longueur qui n'excédera pas trois millimètres. On termine enfin par un massage énergique de la paroi antérieure du sac, en se gardant de toute injection de liquide. Il n'est pas rare, en effet, qu'au cours des manœuvres de dilatation sur un enfant dont la tête est mal immobilisée, il se soit fait quelque rupture de la paroi du conduit ; le liquide de l'injection pénétrerait alors dans le tissu cellulaire de la paupière.

Un cathétérisme unique suivi d'expression est souvent suffisant. Dans le cas contraire, on n'hésitera pas à le répéter pendant les jours qui suivront, en se servant des sondes n° 2 et même n° 3. A ce moment les injections pratiquées avec une seringue d'Anel ou au travers d'une sonde creuse, à madrin, de Wecker, sont souvent d'un excellent effet. On se servira d'un liquide non toxique, acide borique ou mieux permanganate de potasse à 1 pour 1.000.

Dans des cas rares, la suppuration continue pendant plusieurs mois en dépit du traitement le mieux fait. Je l'ai néanmoins toujours vu céder après un temps plus ou moins long et la péricystite ne s'observe pour ainsi dire jamais.

M. A. Poulard, dans son traité : *la Pratique ophtalmologique*, 1912, parlant en général des affections lacrymales et de leur étiologie, après avoir énuméré plusieurs causes d'obstruction des voies lacrymales

supérieures (points et canalicules lacrymaux) et des voies lacrymales inférieures (sac lacrymal et canal nasal), fait dans cette partie mention de l'étiologie de ces affections chez les nouveau-nés.

L'auteur s'exprime ainsi :

«Chez le nouveau-né,on rencontre une oblitération provenant de ce que les voies lacrymales, dans la partie inférieure (canal nasal), sont encore occupées par un bouchon épithélial. Mais en dehors de ces causes d'oblitération il en est beaucoup d'autres dont nous ignorons la nature. Un fait à noter, c'est l'importance des affections nasales dans la production des oblitérations lacrymales ». L'auteur incrimine la tuberculose, la syphilis, la lèpre, la rhinosclérose, les tumeurs des fosses nasales, souvent les infections nasales, rarement les infections conjonctivales.

M. V. Morax,dans la deuxième édition de son *Précis d'Ophtalmologie* paru en 1913, au chapitre « des Maladies des voies lacrymales», parlant de l'atrésie de ces voies et de son étiologie, mentionne cette affection chez les nouveau-nés sous le nom d' « Obstruction congénitale des voies lacrymales chez les nouveau-nés », tout en admettant comme plus fréquente une obstruction inflammatoire survenant quelques jours après la naissance et accompagnée de conjonctivite et de coryza. Nous reproduisons ici textuellement l'exposé de l'auteur, sur l'étiologie en général de cette affection, et plus particulièrement en ce qui concerne le nouveau-né.

Étiologie de l'atrésie des voies lacrymales. — La

cause des atrésies lacrymales n'a guère été étudiée que depuis une vingtaine d'années ; on peut établir déjà certaines catégories de faits, mais il faut reconnaître que, dans le plus grand nombre de cas, l'étiologie du rétrécissement échappe à nos moyens d'investigations. Les causes des affections lacrymales ne paraissent pas les mêmes aux différents âges de la vie. Chez le nouveau-né, on admet une obstruction congénitale des voies lacrymales résultant d'un retard dans l'abouchement du canal nasal dans le méat inférieur (Rochon-Duvigneaud), mais on observe plus fréquemment une obstruction inflammatoire qui débute vers le septième ou dixième jour et s'accompagne de conjonctivite et de coryza. Cette conjonctivite lacrymale du nouveau-né, dont les instillations du collyre au sulfate de zinc à 1/40 ont en général raison en quelques semaines, peut s'accompagner d'une dacryocystite suppurée en mono ou bilatérale. Le pus lacrymal renferme le plus souvent du pneumocoque. Si les instillations ne suffisent pas, on fera, une ou deux fois, des injections de sulfate de zinc dans le point lacrymal.

Chez l'enfant et l'adolescent, ce sont surtout la tuberculose et la syphilis héréditaire qui produisent des affections lacrymales.

Axenfeld, dans son *Traité d'Ophtalmologie* paru en 1914, parlant de l'étiologie des rétrécissements et des sténoses du canal l'acrymo-nasal, fait mention en quelques mots (p. 300) de la dacryocystite des nouveau-nés. Nous reproduisons ici le passage suivant :

« Souvent, chez les nouveau-nés, on constate un écoulement par un œil, et en comprimant le sac on fait sortir du pus. Il s'agit généralement dans ce cas de l'occlusion de l'ouverture du canal lacrymo-nasal par une membrane ».

Plus loin (p. 304), en parlant du traitement, l'auteur s'exprime ainsi : « Dans la dacryocystite congénitale par occlusion membraneuse de l'orifice du canal lacrymo-nasal, il suffit souvent d'une pression énergique sur le sac lacrymal rempli pour faire éclater la membrane. Si on ne réussit pas de cette façon à obtenir la perméabilité, il faudra ici faire le cathétérisme. En général, un seul cathétérisme amène la guérison.

Les affections des voies lacrymales chez le nouveau-né ont été l'objet de nombreuse communications et discussions, dans diverses Sociétés savantes. Nous citons ici ce que nous avons observé à ce propos dans *les Annales d'Oculistique* de ces dernières années.

M. Eliasberg adresse à la Société d'Ophtalmologie de Paris, séance de 4 janvier 1898 (*Annales d'Oculistique*, t. CXIX, p. 146) un mémoire sur deux cas de dacryocystite congénitale. On trouve dans les comptes rendus de la même séance les communications suivantes :

M. Parent. — Coupez dit avoir guéri la dacryocystite congénitale par la simple pression digitale suivie d'une injection antiseptique.

M. Chevallereau. — J'ai également obtenu des

résultats par la même pression. Je crois qu'il s'agit dans ce cas d'une imperforation du canal nasal à sa partie inférieure.

M. Boucheros. — L'injection du chloral m'a donné un bon résultat dans un cas.

M. Kœnig. — Sur deux cas de dacryocystite congénitale, j'ai obtenu une fois la guérison à la suite d'une seule injection d'eau boriquée : dans le second cas, j'ai été forcé de recourir à l'incision du point lacymal et au cathétérisme.

M. Morax. — On désigne sous le nom de dacryocrystite congénitale une dacryocystite qui s'observe dans le jeune âge, mais rien jusqu'à présent ne nous démontre qu'il s'agit d'une imperforation du canal, nasal, ou d'un trouble de développement de ce conduit. Je ne connais pas de cas où l'imperforation a été constatée aussitôt après la naissance ; et, d'après les faits que j'ai observés, il me semble plus rationnel d'admettre une inflammation de la muqueuse lacrymale se développant peu après la naissance et non une lésion congénital. Il serait en tout cas utile d'établir une distinction entre ces faits.

M. Antonelli. — Je partage tout à fait les idées de M. Morax, j'ajoute même que la perméabilité des voies lacrymales, du moins de leur partie inférieure, est la condition qui rend possible la dacryocystite des nouveau-nés par infection secondaire d'origine conjonctivale. Dans un cas de dacryocystite s'étant déclarée le quatrième jour après la naissance, la coloration des cellules du pus retiré du sac, m'a

montré au microscope le gonocoque ; et pourtant le processus inflammatoire et la sécrétion du côté de la conjonctive étaient absolument minimes.

M. Sureau. — J'ai observé un enfant chez lequel la dacryocystite s'était développée le troisième ou quatrième jour après la naissance.

M. Jocqs. — Dans les 3 cas que j'ai observés j'ai obtenu la guérison par les injections.

Séance du 14 mars 1899 de la Société de Pédiâtrie,

(*Annales d'Oculistique*, 1899, t. CXXI).

M. Valude. — *Sur la dacryocystite des enfants du premier âge.*

La dacryocystite des nouveau-nés est décrite dans les auteurs comme une affection spéciale due à un retard dans l'évolution du canal nasal ; l'orifice inférieure de celui-ci demeurerait fermé temporairement un temps plus ou moins long après la naissance.

Cette imperméabilité est, en effet, la cause la plus fréquente de la dacryocystite des nouveau-nés, mais je crois qu'elle n'est pas la seule ; certaines dacryocystites au début de la vie, comme chez l'adulte, sont dues à des rétrécissements muqueux dans le trajet du canal. A l'appui de cette manière de voir je puis citer le cas de deux enfants nouveau-nés chez lesquels il a fallu un cathétérisme longtemps prolongé, deux mois chez l'un, un mois chez l'autre, pour amener la cessation des phénomènes de dacryocystite, et encore l'un des deux a-t-il conservé du larmoiement ;

on sait, en effet, que dans la dacryocystite par imperforation temporaire du canal, il suffit de désobstruer le passage pour obtenir une guérison très rapide. La facilité de la guérison par ce moyen est pour moi un motif pour rejeter la méthode expectative prolongée, adoptée encore aujourd'hui par un grand nombre d'auteurs.

Au lieu d'attendre la guérison six semaines, deux mois, six mois même, ainsi que le fait a été observé, en se contentant d'installer un collyre astringent, je trouve justifié de désobstruer le canal au moyen d'un cathétérisme avec une sonde fine de Bowman. L'opération, quoiqu'on ait dit, n'est pas difficile et ne nécessite nullement le chloroforme.

Dans le cas ou la dacryocystite est causée par le rétrécissement du canal, le cathétérisme progressif, avec les sondes n° 1, n° 2 et même n° 3, est indispensable, et même il est souvent nécessaire de pratiquer un léger débridement du point lacrymal.

Les Annales d'Oculistique de 1901, volume 125, page 394, contiennent une communication de M. Leplat intitulée *l'Imperforation du canal lacrymal* (*Annales de la Société médico-chirurgicale*, Liège 1900), et que nous reproduisons ici.

Les recherches embryologiques de Cosmétatos ont établi que, chez les mammifères, le canal naso-lacrymal n'est pas une prolifération de l'épithélium du sinus naso-lacrymal. L'épithélium forme un cordon qui, chez l'homme, commence à se creuser en canal de haut en bas au troisième mois. Chez vingt et un nou-

veau-nés qu'il autopsie, Rochon-Duvigneaud trouva deux fois une imperforation ; Stanculéanu trois fois sur 31 cas ; soit 10 pour cent. Vlacovitsch : quatre sur dix-neuf autopsies.

Leplat trouva une conjonctivite chez un enfant de quinze jours, provenant de l'imperforation ; les larmes, les produits de desquammation ne peuvent passer à travers le canal et séjournent dans le sac qui s'est formé au-dessus de l'oblitération ; des bactéries provoquent alors facilement l'inflammation. Quand on exerce une pression sur le sac, il en sort des masses crémeuses. On ne fera pas de sondage, mais on fera sourdre souvent les masses accumulées ; des injections antiseptiques sont indiquées. Comme il s'agit d'un retard dans le processus de perforation. Celle-ci le plus souvent survient encore spontanément (Pergens).

Dans la même année 1901 des *Annales de l'Oculistique*, on trouve une communication faite par J. Eliasberg, intitulée : *Contribution à la question de la dacryocystite congénitale* et analysée par V. Morax dans *Klinisch Monatsblaetter für Augenheilkunde*, janvier 1901.

Les Annales d'Oculistique de 1902 volume 127, contiennent dans le compte rendu de la Société d'Ophtalmologie de Saint-Pétersbourg, séance du 20 septembre 1901, la communication suivante :

Cas de dacryocystite congénitale
par M. Selenkowski.

M. Selenkowski a observé chez un nouveau-né, dès la naissance, une tumeur lacrymale phlegmoneuse. L'incision pratiquée au treizième jour donna issue à un pus contenant le staphylocoque pyogène doré de forte virulence. Il suppose que l'infection a eu lieu pendant ou immédiatement après l'accouchement et qu'elle était favorisée par l'imperforation du canal nasal.

MM. Weyert et Bellarminow font remarquer que les affections des voies lacrymales chez les nouveau-nés se rencontrent souvent, mais que le phlegmon est très rare.

Les Annales d'Oculistique de l'année 1903, tome LXXIX, contiennent, dans une analyse par H. Frenkel de *Wiestnik Ophtalmologie* : 19e année, fascicule 1, janvier-février 1902, la communication suivante :

Bactériologie de la dacryocystite congénitale
par Z.-W. Zelenkowski de Saint-Pétersbourg, p. 1.

Chez un nouveau-né, dont les parents étaient bien portants, l'auteur a vu évoluer une dacryocystite de l'œil gauche qui est devenue fluctuante le treizième jour. Le quatrième jour, on retira du pus avec les précautions d'usage pour l'examen bactériologique

à l'aide d'une seringue de Pravaz ; ensuite on incisa la tumeur par la peau avec le bistouri. L'incision donna un centimètre cube de pus blanc crémeux, sans odeur. Pendant deux semaines, on faisait des pansements au cyanure de mercure et au néroforme, sans observer de tendance à la guérison. Pendant deux autres semaines, on pratiqua des lavages du sac au protargol au 1/10, ce qui amena la cessation de la suppuration. L'enfant n'ayant pas été traité régulièrement pendant la période consécutive, la fistule se ferma et la dacryocystite récidiva. Un nouveau traitement par le lavage du sac eut raison de la suppuration, mais la fistule persista encore.

L'examen bactériologique décela la présence dans le sac conjonctival du staphylocoque doré, très virulent pour le lapin et le chat. L'auteur insiste sur le caractère phlegmoneux de l'infection, sur la ténacité du processus, sur la virulence de l'agent pathogène et sur l'imperméabilité des deux ouvertures du sac, canaliculaire et nasale.

Les Annales d'Oculistique des années 1904 et 1905 ne relatent aucune communication à propos de la dacryocystite congénitale.

Dans *les Annales d'Oculistique* de 1906, tome CXXXV, page 223, on trouve une communication de M. Péchin, analysée par M. Valude dans *les Archives d'Ophtalmologie*, p. 490 et intitulée : *Dacryocystite congénitale atténuée* (pseudo-conjonctivite des nouveaux-nés d'origine lacrymale).

L'auteur donne quelques observations de cette

affection très commune qu'est la dacryocystite des nouveau-nés, qui n'a, en effet, de conjonctivite que l'apparence, et qui n'est qualifiée de conjonctivite que par l'erreur de diagnostic du médecin traitant.

A l'égard du traitement, il est certain que le plus sûr est le cathétérisme, avec ou sans injections ; toutefois, je ne suis pas aussi absolu que M. Péchin, et, avec les classiques, je pense que l'installation d'un collyre au sulfate de zinc suffit, de temps à autre, à épargner à l'enfant l'emploi de la sonde. Il est bien certain que le collyre ne remédie nullement à l'imperméabilité congénitale du canal nasal, mais il permet, en tarissant la sécrétion muco-purulente conjonctivale, que le développement de l'enfant s'achève et que le canal se débouche de lui-même, ce qui est encore fréquent.

Dans la même année (1906) des *Annales d'Oculistique*, on remarque une communication de Julius Féjer (*Gyogyaszat*, n° 50, 10 décembre 1905), intitulée : *De la Dacryocystite purulente des nouveau-nés* et ainsi conçue :

« La dacryocystite purulente des nouveau-nés constitue une anomalie du développement, elle n'est pas d'origine gonococcique. Le sondage est indiqué, si le massage n'aurait pas suffit à rendre le canal nasal perméable ».

Les Annales d'Oculistique de l'année 1907 ne contiennent aucune communication relative à la dacryocystite congénitale.

Dans *les Annales d'Oculistique* de l'année 1908 on

trouve, tome CXXXIX, page 219, une communication faite par M. Hirsch et relative à la bactériologie de la dacryocystite congénitale.

L'auteur, dans 3 cas, examinés par lui, a constaté la présence régulière du pneumocoque.

Les Annales d'Ocalistique de 1909 relatent, t. CXLI, p. 461, sous le titre de « dacryocystite des nouveau-nés » une communication de M. Raja, de Naples. L'auteur rapporte la guérison de deux cas par le massage combiné avec l'injection de protargol.

Rien de relatif aux affections des voies lacrymales des nouveau-nés dans *les Annales d'Ocalistique* de l'année 1911 ; on trouve, t. CXLV, p. 375, une communication de M. Fage d'Amiens, intitulée : *Sur la dacryocystite des nouveau-nés*, que nous reproduisons textuellement.

« La dacryocystite des nouveau-nés n'est pas rare ; elle tient au retard d'évolution du canal, ou bien elle est en rapport avec la syphilis, la tuberculose. L'infection est favorisée par l'imperforation ou la dilatation du canal. Cette infection peut être d'origine nasale, ou conjonctivale, ou sinusiale (maxillaire ou ettemoïdale).

« On peut avoir une forme conjonctivale bénigne, moyenne, cédant au cathétérisme ; grave, allant jusqu'à la fistule. Enfin, exceptionnellement, on voit des fistules congénitales par solution de continuité, par lésions dues au forceps ou par périostite spécifique ».

Dans *les Annales d'Oculistique* des années 1912-1913 et 1914 rien de relatif aux affections des voies lacrymales chez le nouveau-né.

CHAPITRE II

Après avoir exposé les travaux des auteurs classiques nous essaierons d'indiquer ce que, dans un but clinique, nos recherches et études personnelles sur le sujet nous ont permis de constater.

Sur un total de 100.000 cas de maladies d'yeux soignés à la Fondation Adolphe de Rothschild pendant les années 1912, 1913, 1914, 1915 et 1916, nous avons relevé, chez les nouveau-nés, environ 250 cas d'affections congénitales des voies lacrymales. L'âge des petites maladies varie de onze jours à quatre ans, rarement au delà. Nous allons exposer la répartition variée de ces différents cas en tant qu'âge, sexe, affection et localisation.

Et d'abord, en ce qui concerne le sexe, cette répartition nous donne 121 cas chez les garçons et 129 cas chez les filles.

L'âge des petits malades a été divisé en sept catégories ainsi reparties :

a) de 11 jours à 3 mois, on trouve.....	65 cas
b) de 3 mois à 6 mois.....	28 —
c) de 6 mois à 1 an.....	39 —

d) de	1 an	à	2 ans.....	59 —
e) de	2 ans	à	3 ans.....	23 —
f) de	3 ans	à	4 ans.....	27 —
g) de	4 ans	à	8 ans.....	9 —

Répartition des affections lacrymales des nouveaunés. Cas simples, cas compliqués, leur localisation.

A) Affections congénitales des voies lacrymales se rapportant à un seul œil.

a) Œil droit. —	Dacryocystite purulente et muco-purulente simple.....	22 cas
—	Dacryocystite avec ectasie du sac.	1 —
—	Dacryocystite compliquée de conjonctivite purulente ou catarrale ayant affecté l'œil malade ou les deux yeux à la fois.....	5 —
—	Dacryocystite phlegmoneuse.....	1 —
—	Larmoiement simple.....	39 —
—	Larmoiement compliqué de conjonctivite.....	9 —
—	Larmoiement compliqué de blépharo-conjonctivite.....	1 —

b) Affections congénitales des voies lacrymales de l'œil gauche.

Œil gauche. —	Dacryocystite purulent simple.....	21 cas
—	Dacryocystite muco-purulente simple.....	5 —
—	Dacryocystite compliquée de conjonctivite catarrhale.....	4 —
—	Dacryocystite compliquée de conjonctivite catarrhale ayant affecté les deux yeux à la fois.....	4 —
—	Dacryocystite compliquée de con-	

	jonctivite purulente.....	2 —
—	Dacryocystite compliquée de conjonctivite purulente des deux yeux à la fois.....	3 —
—	Dacryocystite phlegmoneuse.....	2 —
—	Larmoiement congénital simple...	26 —
—	Larmoiement avec nodule induré.. du sac sans refoulement.....	1 —
—	Larmoiement congénital compliqué de conjonctivité catarrhale.	16 —
—	Larmoiement congénital compliqué de blépharo-conjonctivite.....	2 —

b) Affection congénitales des voies lacrymales ayant intéressé les deux yeux.

Œil droit et gauche.	— Dacryocystite purulente simple.....	6 cas
—	Dacryocystite compliquée de conjonctivite purulente...	4 —
—	Dacryocystite compliquée de blépharo-conjonctivite....	1 —
—	Larmoiement congénital simple.....	27 —
—	Larmoiement congénital compliqué de conjonctivite catarrhale.....	43 —
—	Larmoiement congénital compliqué de blépharo-conjonctivite.....	5 —

CHAPITRE III

Symptomatologie. — Trois états différents peuvent se présenter :

1° Le simple larmoiement des nouveau-nés sans refoulement purulent, état qui n'est pas une maladie mais la conséquence d'un état fœtal (Occlusion nasale des voies lacrymales). Cet état, qui en général disparaît spontanément, demande à être, si non soigné, du moins surveillé en pratiquant de petits massages doux sur la région du sac et de bas en haut de manière à éviter une vraie dacryocystite, dont il pourrait constituer une amorce ;

2° La vraie dacryocystite avec contenu purulent du sac qui se révèle par l'expression (en général il n'y a pas le gonflement inflammatoire en virgule de l'adulte) ;

3° La dacryocystite s'accompagnant de gonflement inflammatoire plus ou moins marqué, plus ou moins analogue à celui des adultes. Il s'agit presque toujours d'enfants plus âgés, mais qui ont débuté dans les premiers jours ou mois de l'existence avec les symptômes du premier et deuxième états exposés plus haut. Ces cas sont beaucoup plus rares.

Bien plus rarement encore, on peut se trouver en présence d'une ectasie du sac, formant une petite tumeur (varicèle), en général fluctuante, sans phénomènes inflammatoires et qui, à la pression digitale se vide plus ou moins difficilement par le point lacrymal inférieur.

Les fistules lacrymales sont aussi exceptionnelles et justiciables d'un traitement chirurgical.

Les complications conjonctivales et palpébrales sont fréquentes, les complications du côté de la cornée de l'iris et du squelette sont rares. Quand elles existent sont sous la dépendance d'une tare héréditaire (syphilis, tuberculose).

Diagnostic. — On est en présence :

1° D'un larmoiement simple, signalé par l'entourage du petit malade ;

2° D'une suppuration des voies lacrymales, très souvent prise pour une conjonctivite des nouveaunés et tout particulièrement des conjonctivites unilatérales : faire l'expression du sac et bien regarder si le pus sort par le point lacrymal inférieur ;

3° Des phénomènes inflammatoires localisés à la région du sac et se traduisant par une légère tuméfaction et la rougeur des téguments, par de l'empâtement et une douleur vive à la pression digitale ; les renseignements fournis par l'entourage du petit malade sur l'état antécédent de ses voies lacrymales complète l'examen et nous permet de formuler le diagnostic d'une dacryocystite phlegmoneuse ;

4° Le varicocèle, la fistule lacrymale, bien rares

d'ailleurs, se diagnostiquent aisément par leurs caractères spéciaux exposés plus haut.

Pronostic. — Le pronostic des dacryopathies congénitales est en général bénin. Néanmoins, dans des cas rares ayant comme étiologie des tares héréditaires (syphilis, tuberculose), des complications graves, intéressant l'appareil lacrymal, l'iris, la cornée ou le squelette, peuvent se produire. D'autre fois, la maladie s'éternise par le manque de soins appropriés, traîne en longueur et atteint l'adolescence et même l'âge adulte, revêtant ainsi les caractères des dacryocystites de ces périodes de la vie.

CHAPITRE IV

Traitement local et général des affections des voies lacrymales chez les nouveau-nés

---

Le traitement local appliqué aux 250 cas de notre statistique fut varié et polymorphe. Tout l'arsenal thérapeutique médical, mécanique et chirurgical spécial aux affections des voies lacrymales fut mis à contribution.

Les moyens pharmaceutiques employés furent le nitrate d'argent en cautérisation (solution à 2 o/o) au cas de complication purulente de la conjonctive, en instillation (solution à 1 o/o) dans les cas simples. Le sulfate de zinc en instillation fut employé au titre de 0 gr. 30 pour cent jusqu'à 1 pour cent. L'argyrol en instillation (solution de 3,10 o/o), en injections (solution de 1 à 3 o/o). Le cyanure d'hydrargyre en lavages et injections au titre de 1/5000. Le permanganate de potasse en lavages et injections au même titre.

Le traitement mécanique institué a consisté en massage digital méthodique de la région du sac, dirigé de bas en haut et ayant pour but d'évacuer

complètement le sac de son contenu purulent ou mucopurulent, ceci suivi aussitôt d'instillation de nitrate d'argent au 1 pour cent. Les applications ont été quotidiennes.

Les résultats de ce traitement que nous pouvons appeler « massage-nitratation » furent très encourageants. Il a suffi souvent de six séances d'application pour, dans des cas simples, obtenir une guérison complète et stable. En général, il faut de dix à quinze séances d'application. Passé cette limite, si le résultat cherché n'est pas obtenu, nous devrons avoir recours au cathétérisme suivi d'injections des voies lacrymales. Cela nous amène à parler du traitement chirurgical.

Le cathétérisme a été pratiqué toujours après débridement du canalicule inférieur et sous anesthésie générale. Le petit malade est roulé dans une alèze d'où seule la tête émerge. Couché dans cet état sur une table d'opération, la tête ainsi que le corps maintenus immobiles par un aide, on procède au débridement du canalicule inférieur et au cathétérisme en se servant de sondes de petit calibre n^{os} 1, 2, 3, sans dépasser ce dernier numéro. Il faut s'abstenir de faire l'injection des voies lacrymales le jour même du débridement, car le liquide pourrait s'infiltrer par la plaie dans les téguments créant un œdème du tissu cellulaire de la région. On est autorisé à faire ces injections, après cathétérisme, le lendemain seulement. On se sert à cet effet de la seringue d'Anal et d'une solution de cyanure d'hydrargyre à 1/5000

de permanganate de potasse au même titre ou d'eau boriquée. La guérison est obtenue souvent après un, deux à trois cathétérismes, mais en général plusieurs séances sont nécessaires, surtout chez les enfants plus âgés.

Dans la dacryocystite phlegmoneuse, on pratique l'incision et le nettoyage du sac et, après cessation de phénomènes inflammatoires, le cathétérisme.

Le traitement général a été institué quelquefois dans des circonstances où, comme facteur étiologique, on soupçonnait la syphilis héréditaire ou la tuberculose. Il fut à base d'hydrargyre dans le premier cas et les préparations mercurielles ont été administrées de plusieurs façons ; tantôt par la voie buccale sous forme de liqueur de Van Swieten, à la dose de XX gouttes par jour prises dans du lait par cuillerées à café, ou de sirop de Gilbert à la dose d'une cuillerée à café par jour ; tantôt par les voies cutanées et sous-cutanées ou intra-musculaires (région fessière) sous forme de frictions hydrargyriques à la dose de 1 gramme d'onguent napolitain par jour, d'injection sous-cutanée et surtout intra-musculaire, à la dose de un quart de seringue de Pravaz d'une solution à 1 pour cent de cyanure d'hydrargyre injectée dans les muscles de la région fessière tous les deux jours.

A cet effet, il nous a semblé utile de reproduire ici des observations fort édifiantes sur l'efficacité du traitement hydrargyrique dans les affections des voies lacrymales des nouveau-nés, ayant comme facteur étiologique la syphilis héréditaire.

L'enfant R. G..., âgé de vingt-cinq jours, fut conduit le 3 avril 1913 pour la première fois à la consultation de la Fondation ophtalmologique, Adolphe de Rothschild, service de M. le Dr Rochon-Duvigneaud.

A l'examen on constate une conjonctivite purulente des deux yeux compliquée de dacryocystite bilatérale et d'ulcération des deux cornées. Le petit malade fut soigné en ville par une sage-femme, pendant vingt jours, avec du jus de citron et du permanganate de potasse.

Dans cet état l'enfant est hospitalisé, salle d'isolement des ophtalmies des nouveau-nés, au Pavillon externe où après un deuxième examen, on constate :

Œil droit vaste, ulcération avec ectasie de la cornée.

Œil gauche, petite ulcération marginale peu étendue.

Le traitement externe consiste en lavages aseptiques, cautérisation au nitrate d'argent, instillation d'atropine et massage de la région du sac.

18 avril. — Œil droit. L'ulcération se déterge.

18 avril. — Œil gauche. L'ulcération s'étend davantage.

24 avril. — Le petit malade quitte l'hôpital, très amélioré, et doit venir quotidiennement à la consultation pour suivre son traitement, jusqu'à guérison complète.

Les jours suivants. — Cathétérisme des deux yeux.

A gauche, deux cathétérismes amènent la disparition complète de la dacryocrystite.

28 avril. — A droite, quatre cathétérismes successifs jusqu'à cette date.

2 mai. — A droite, le refoulement a presque disparu.

2 mai. — A gauche, perforation du petit kératocèle.

6 mai. — Œil gauche, expulsion spontanée de cristallin à travers la cornée perforée.

Le cathétérisme devient impossible aux deux yeux.

Mis aux piqûres hydrargyriques. Guérison de la dacryocystite des deux yeux *en deux jours*. Ce traitement par des piqûres a été prolongé d'un mois.

L'enfant R. A.., âgé de trois ans, a été conduit en février 1913 au service de consultation de M. le Dr Rochon-Duvigneaud à la Fondation Aldophe de Rothschild.

A l'examen, on constate un larmoiement des deux yeux datant depuis la naissance, du strabisme convergent de l'œil gauche et une hypermétropie de + 3 dioptries environ, affectant les deux yeux.

Sac et voie lacrymales imperméables des deux côtés.

Impétigo de la face et des narines.

Traitement. — Instillation de nitrate d'argent pour le larmoiment; application de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre à 2 pour cent sur les lésions cutanées impétigineuses.

Le résultat obtenu à la suite de cette médication ne fut pas satisfaisant et l'enfant, ayant été jugé hérédospécifique, fut soumis au traitement hydrargyrique, appliqué sous forme de frictions.

La guérison complète de l'affection lacrymale a été obtenue après vingt-quatre frictions hydrargyriques.

Pour les cas de dacryopathie, ayant comme origine une tare tuberculeuse, comme traitement général on a institué la médication tonique : sirop iodotonnique, glycéro-phosphate de chaux avec un régime alimentaire substantiel et hygiénique.

CONCLUSIONS

1° Les quelques phénomènes lacrymaux, qui se manifestent chez les nouveau-nés les premiers jours de la naissance, et qui consistent en un larmoiement simple ou parfois compliqué d'une légère sécrétion muqueuse dans l'angle interne de l'œil,ne doivent pas être considérés comme pathologiques; ces phénomènes résultent d'une évolution anatomique incomplète des voies lacymales qui se trouvent encore dans leur période fœtale : imperforation de l'orifice nasal à la naissance étudiée par Bochdalek et Rochon-Duvigneaud. L'état pathologiqué peut se constituer plus tardivement, quand l'infection de ces voies en retard, au point de vue de l'évolution anatomique, vient se réaliser ;

2° Les dacryopathies chez les nouveau-nés, vu leur étiologie, affectent les deux sexes avec, toutefois, une prépondérance, peu marquée d'ailleurs, chez les filles et inférieure à la différence observée chez les femmes et les hommes adultes ;

3° Le pourcentage de ces affections et leur fréquence par rapport aux autres malades oculaires, prises en totalité, est, d'après notre statistique,

de 0,25 pour cent. Nous ne serons pas cependant trop étonné de voir à l'avenir, par un labeur vigilant et circonstancié des hommes de l'art, cette statistique rester au-dessous de la réalité, supposition que confirment, en effet, les très rares statistiques qui ont précédé la nôtre sur ce sujet. En réalité, il n'y a rien de plus trompeur que les apparences extérieures, surtout en matière de nosologie humaine ;

4° La guérison des dacryopathies chez les nouveau-nés peut être obtenue d'autant plus facilement que le petit malade est plus jeune, c'est-à-dire pendant les premiers mois après la naissance. Le délai nécessaire pour l'obtention de la guérison complète, est donc généralement, en raison directe de l'âge du nouveau-né.

5° Le pronostic de ces affections est en général bénin. Néanmoins, on observe quelquefois des cas qui, ayant comme étiologie des tares héréditaires (syphilis, tuberculose), peuvent donner lieu à des complications graves du côté de l'appareil lacrymal, des cornées, de l'iris ou du squelette. D'autrefois, la maladie s'éternise par le manque de soins appropriés, traîne en longueur et atteint l'adolescence et même l'âge adulte, revêtant ainsi les caractères des dacryopathies de ces périodes de la vie ;

6° Les affections lacrymales des nouveau-nés atteignent plus souvent l'œil gauche que l'œil droit. La différence entre les deux yeux est, d'après notre statistique, de 10 pour cent. D'après la même statistique, les dacryopathies binoculaires représen-

tent, par rapport aux affections monoculaires, prises ensemble, un chiffre un peu supérieur à la moitié ;

7° Parmi les traitements variés et polymorphes institués jusqu'à nos jours nous donnons, pendant les premiers temps de la maladie, la préférence, vu ses bons résultats, sa courte durée et son inocuité, au massage méthodique de la région du sac, combiné aux instillations quotidiennes d'une solution à 1 pour cent de nitrate d'argent. Ce traitement, depuis longtemps efficacement employé, et dans ces dernières années, mis généralement en pratique par M. le Dr Rochon-Duvigneaud, lui a permis ainsi qu'à nous, dans nos cas personnels, d'enregistrer de nombreuses guérisons. Dix à quinze séances au maximum sont suffisantes pour amener la guérison.

Si au bout de ce temps la guérison n'est pas obtenue, nous croyons qu'il faudra généralement avoir recours au cathétérisme des voies lacrymales suivi d'injections et pratiqué d'après les indications données plus haut au chapitre du traitement en général.

Dans ce cas, on instituera en même temps, un traitement général à base d'hydrargyre, soit sous forme de liqueur de Van Swieten, soit en frictions mercurielles, soit enfin sous d'autres formes pharmaceutiques que nous avons précédemment exposées.

Vu : le Président de la thèse
KIRMISSON

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Mackenzie (W.). — Traité pratique des Maladies de l'œil, 1856.

Wecker (L.). — Traite théorique et pratique des maladies des yeux, 1863.

Wecker (L. de) et Landolt (E.). — Traité complet d'Ophtalmologie, 1889.

Wecker (L. de) et Masselon. — Traité des maladies des yeux, 1889.

Abadie (Ch.). — Traité de Diagnostic et de Traitement des maladies oculaires, 1886.

Galezowski (X.) et Daguenet (V.). — Diagnostic et Traitement des affections oculaires, 1886.

Lagrange (F.). — Précis d'Ophtalmologie, 1897.

Fuchs. — Manuel d'Ophtalmologie, 1897.

Sam-Dacion, Lévy. — Contribution à l'étude de la Dacryocystite congénitale. Thèse de Paris, 1897.

Rochon-Duvigneaud. — Dilatation des voies lacrymales chez le fœtus et le nouveau-né (Archives d'Ophtalmologie, 1904).

Lagrange (F.) et Valude (E.). — L'Encyclopédie française d'Ophtalmologie, 1909.

Panas. — Traité des maladies des yeux, 1904.

A. Leprince. — L'Année ophtalmologique, 1898-1899.

Nimier et Despagnet. — Traité d'Ophtalmologie, 1904.

Truc (H.), Valude (E.) et Frenkel (H.). — Nouveaux éléments d'Ophtalmologie, 1908.

Terrien (F.). — Précis d'Ophtalmologie, 1908.

May (Ch.) et Bouin (P.). — Manuel des maladies de l'œil, 1908.
Poulard (A.). — La Pratique Ophtalmologique, 1912.
Morax (V.). — Précis d'Ophtalmologie, 1913.
Axenfeld. — Traité d'Ophtalmologie, 1914.
Annales d'Oculistique, 1898, t. CXIX.
Annales d'Oculistique, 1899, t. CXXI.
Annales d'Oculistique, 1901, t. CXXV.
Annales d'Oculistique, 1902, t. CXXVII.
Annales d'Oculistique, 1903, t. CXXIX
Annales d'Oculistique, 1906, t. CXXXV.
Annales d'Oculistique, 1908, t. CXXXIX.
Annales d'Oculistique, 1909, t. CXLI.
Annales d'Oculistique, 1911, t. CXLV.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3105-16